DE LA

N° 8

DYSPLASIE DES PARTIES MOLLES

COMME CONTRE-INDICATION

A L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ

DANS LES CAS DE BASSIN GÉNÉRALEMENT RÉTRÉCI

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Décembre 1899

PAR

Joseph ATGER

Né à Sainte-Croix-Vallée-Française

le 28 novembre 1873

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

« *La Médecine est la Science des indications* »

MONTPELLIER

G. FIRMIN ET MONTANE, IMPRIMEURS DE L'UNIVERSITÉ

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON . . . . . DOYEN
HAMELIN (✻) . . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène	MM.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale		GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale		TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.		GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale		HAMELIN (✻)
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻).
Physique médicale		IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE.
Clinique ophtalmologique		TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS.
Opérations et appareils		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)	

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).
Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements	MM.	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.		VIRES, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale		RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. GRYNFELTT, *président.*	MM. PUECH, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur.*	VALLOIS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE

DE MON AMI ÉTIENNE BROUSSOUX

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage d'une affection
et d'une reconnaissance sans bornes.

A MON EXCELLENT FRÈRE

Gage d'affection.

J. ATGER.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRYNFELTT

PROFESSEUR
DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

J. ATGER.

AVANT-PROPOS

Après cinq années passées dans cette vieille Faculté nous voici parvenu au terme de nos études classiques.

Au moment de quitter la bonne ville de Montpellier, avec tous les souvenirs qui s'y rattachent, et de laisser pour toujours cette vie insouciante et facile de l'étudiant, nous sommes partagé par un double sentiment fait de regrets et de craintes : de regrets, pour la ville et ses distractions agréables, pour la folle gaieté des années de jeunesse, pour les amis, enfin, qu'il faut abandonner ; de crainte, pour la lourde responsabilité que nous allons assumer, car nous ne sommes pas sans nous rendre compte de la somme de dévouement et d'abnégation que nous devrons montrer au cours de notre carrière, si nous tenons à remplir consciencieusement les engagements que nous allons prendre.

Aux heures de découragement et dans les moments difficiles, nous nous rappellerons les sages conseils de nos Maîtres, nous tâcherons d'imiter leur exemple, regrettant peut-être parfois de n'avoir pas assez suivi ces conseils, souhaitant souvent, dans nos débuts, de voir l'un d'eux affermir notre diagnostic hésitant, ou redresser une erreur, comme nous le disait encore, il y a quelques jours à peine, M. le professeur Carrieu.

Puisque nous avons nommé cet excellent Maître, qu'il nous permette de l'assurer, ici, de notre profond attachement,

de notre sincère gratitude et de toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner durant tout le cours de nos études. Alors que nous étions encore jeune étudiant, il nous a initié aux difficultés de la médecine ; par son enseignement pratique, par ses intéressantes leçons cliniques, par la sûreté de son diagnostic, que nous nous plaisions souvent à vérifier à la salle d'autopsie, il nous a appris à aimer davantage cette science. Ses précieux conseils ne nous ont jamais fait défaut ; nous n'oublierons pas que c'est à ce Maître bienveillant que nous devons le peu de connaissances que nous possédons en la matière.

M. le professeur Grynfeltt a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions vivement du grand honneur qu'il nous a fait.

Nous ne saurions trop dire à M. le docteur Guérin-Valmale, le sympathique chef de la Clinique obstétricale et gynécologique, toute la reconnaissance que nous lui devons. Cet excellent Maître et ami, par le bienveillant accueil qu'il nous a toujours témoigné, par ses contre-visites aussi intéressantes que suivies, par les nombreux conseils qu'il nous a donnés, n'a pas peu contribué à développer en nous le goût de l'obstétrique, cet art merveilleux qui a toujours exercé sur nous un véritable attrait. C'est à lui qu'est due l'idée première de ce travail, à lui qu'en revient tout le mérite ; il a bien voulu s'en défaire à notre profit, notre reconnaissance lui est doublement acquise. Nous sommes heureux de l'assurer, ici, de notre sympathie, et de lui adresser tous nos remerciements.

Il ne nous est pas permis de passer sous silence toute la gratitude que nous devons à MM. Bar et Bonnaire, professeurs-agrégés à la Faculté de Médecine de Paris, accoucheurs des hôpitaux, pour les lettres qu'ils nous ont fait l'honneur de nous adresser en réponse aux renseignements que nous leur demandions. Nous en avons été doublement

flatté : pour ces lettres mêmes, pour le fait aussi que nous avons été très honoré de constater, que les idées émises par nous dans ce modeste travail concordent avec celles de Maîtres aussi éminents. Qu'ils veuillent bien agréer nos remerciements les plus respectueux.

Avant de terminer ce court avant-propos, nous devons à ceux qui nous feront l'honneur de nous lire quelques explications sur le choix du titre même de notre thèse, ou, plus exactement, sur le choix d'un des premiers mots de ce titre : le mot « dysplasie ». Les auteurs qui se sont occupés avant nous de la question des parties molles dans les bassins généralement rétrécis, MM. Bar et Bonnaire plus particulièrement, ont employé, pour désigner l'étroitesse de ces parties et surtout leur conformation et leur texture vicieuses, le mot « atrésie ». Or, ce mot atrésie nous paraît mal employé en l'espèce, car, comme nous l'a fait remarquer notre vénéré Maître, M. le professeur Grynfeltt, avec sa bienveillance habituelle : il n'exprime pas du tout cet état vicieux des parties molles (rigidité, résistance et tendance plus grande aux déchirures) ; il signifie rétrécissement et même plus exactement rétrécissement absolu, infranchissable (α sans, τρεσις trou). Nous avons donc cherché une autre expression qui nous parût se rapprocher davantage de la vérité ; c'est pourquoi, nous avons employé le mot dysplasie, de δυς pénible, défectueux, et πλασσειν faire, sur les conseils de M. le professeur Grynfeltt.

INTRODUCTION.

Les divers services des hôpitaux de Montpellier sont malheureusement restreints, non pas tant quant au nombre même des malades qui viennent mettre à contribution la science et le dévouement bien connus de nos Maîtres que relativement au nombre des cas qui peuvent présenter un intérêt plus grand que ceux que nous voyons tous les matins à la visite quotidienne.

Aussi l'étudiant, parvenu au terme de sa scolarité, est-il parfois fort embarrassé pour trouver un sujet de thèse, et souvent il doit se contenter d'un nombre bien faible d'observations pour édifier son travail inaugural.

Comme nos camarades, nous avons éprouvé les mêmes embarras ; comme eux, nous avons eu les mêmes hésitations avant de nous arrêter dans le choix définitif d'un sujet ; comme eux enfin, nous regrettons de ne pouvoir offrir à nos Maîtres, à l'appui de nos idées, qu'un nombre malheureusement trop restreint d'observations.

L'année dernière, pendant notre stage à la clinique obstétricale, dans le service de M. le professeur Grynfeltt, il nous a été donné d'assister à un accouchement prématuré provoqué (obs. I) chez une femme à bassin généralement retréci avec dysplasie des parties molles. M. le docteur Guérin-Valmale, à qui M. le professeur Grynfeltt avait fourni l'occasion d'observer un cas semblable à la Maternité de l'Hôpital Général

(obs. II), nous a donné l'idée d'un travail à faire à ce propos, et c'est sur ses bienveillants conseils que nous l'avons entrepris.

Certes, nous n'avons pas la prétention, nous nous empressons de le dire dès le début, de faire ici œuvre nouvelle. Plus modeste est notre ambition.

Le chapitre des bassins généralement rétrécis n'a pas été moins bien étudié que les autres ; toutefois la dysplasie des parties molles dans ces mêmes bassins, et la dystocie qui en découle, quoique signalées déjà depuis longtemps, n'ont préoccupé les accoucheurs qu'à partir du XIX^e^ siècle.

Deventer (1724) fut le premier qui signala la dystocie des parties molles en parlant « des douleurs lentes et rares ».

Stein le jeune (1803) fait allusion, lui aussi, à la lenteur du travail et aux dangers qui en résultent pour la mère et pour l'enfant. Il nous fait pressentir que « à côté de la dystocie osseuse, il y a d'autres obstacles non moins importants à l'accouchement ».

Michaëlis (1851) remarque l'affaiblissement des contractions dans les bassins généralement rétrécis et attire l'attention sur les ruptures du vagin et la dilatation lente du col.

De même Litzmann (1861).

Enfin, plus récemment, Richelet (Thèse de Paris, 1896), inspiré par Bonnaire, remet en lumière la dystocie due aux parties molles, mais il insiste surtout sur le vice des contractions utérines. Il a montré en particulier que quand le bassin revêt le type généralement rétréci, on constate l'irrégularité du travail, la rupture hâtive de la poche des eaux, la fréquence des lésions dues à l'œdème et à la mortification du canal utéro-vaginal.

« Dans ces bassins, dit-il, il y a à considérer deux sortes d'obstacles à l'accouchement : les premiers sont d'ordre purement mécanique et tiennent à la forme et au degré d'angustie pelvienne ; les autres découlent du caractère des douleurs, de

la poche des eaux, de la dilatation plus ou moins lente du col, et de la résistance de l'orifice utérin, du vagin, du périnée et de la vulve au passage de l'enfant. »

Marcel Hugé a repris la question et en a fait le sujet de sa thèse inaugurale. Il étudie surtout les obstacles de la seconde catégorie, « imputables, d'après lui, à une véritable atrésie des parties molles parallèle à celle du squelette pelvien ».

Richelet et Hugé concluent, après les autres auteurs, à l'accouchement prématuré provoqué comme conduite à tenir.

Avec eux, nous pensons que la dysplasie des parties molles joue un rôle dans la dystocie des bassins généralement rétrécis; que cette dystocie peut être parfois même très considérable et mettre un obstacle sérieux à l'accouchement, bien qu'il soit malheureusement trop souvent difficile d'apprécier exactement quelle part revient au bassin mou et au bassin osseux dans les troubles et accidents apportés à l'accouchement, à cause justement du parallélisme dans le défaut de développement de l'un et de l'autre.

Avec eux, nous admettons l'accouchement prématuré provoqué comme conduite à tenir dans la généralité des cas. Mais, tandis que Hugé et les autres le trouvent toujours indiqué, nous nous sommes demandé, et le but de notre modeste travail serait d'essayer de le montrer, si cette méthode de délivrance ne pourrait pas être, dans quelques cas, contre-indiquée, et contre-indiquée justement par la dysplasie des parties molles.

Avec Hugé encore, nous pensons que la symphyséotomie à terme doit être rejetée dans les cas qui nous occupent. Quel moyen restera-t-il alors à l'accoucheur pour délivrer la femme du produit de la conception ?

L'enfant ne saurait à la fois être extrait par les voies naturelles et vivant. Il faudra ou bien pratiquer l'opération césarienne, à terme, ou, si la femme s'y refuse, la basiotripsie, après avoir toutefois essayé des applications de forceps :

1° Dysplasie des parties molles dans les bassins généralement rétrécis ;

2° De la dystocie qui en est la conséquence ;

3° De l'accouchement prématuré, dans les bassins généralement rétrécis ;

4° Conduite à tenir dans les cas où il est contre-indiqué ;

5° Conclusions :

tels sont les différents chapitres que comporte la thèse que nous soumettons en toute confiance à la juste mais bienveillante appréciation de nos Juges.

DE LA

DYSPLASIE DES PARTIES MOLLES

COMME CONTRE-INDICATION

A L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

PROVOQUÉ

DANS LES CAS DE BASSIN GÉNÉRALEMENT RÉTRÉCI

CHAPITRE PREMIER

DYSPLASIE DES PARTIES MOLLES DANS LES BASSINS GÉNÉRALEMENT RÉTRÉCIS

Dans le bassin plat rachitique, une fois le détroit supérieur franchi, il n'existe plus d'obstacle à l'accouchement. Il n'en va pas de même dans la variété de bassins qui nous occupe, où il faut encore tenir compte de la façon dont agissent et réagissent les parties molles. En effet, à la dystocie osseuse qui persiste tout le long du canal pelvi-génital vient souvent se joindre une dystocie, parfois considérable, créée par les parties molles atteintes d'une véritable dysplasie.

Tandis que le squelette du bassin a subi un arrêt de développement dû presque toujours au rachitisme, que ce rachitisme soit atténué, comme le veut Stein le jeune, ou larvé comme le dit Richelet avec Bonnaire, on observe en même temps, dans le cas de bassin généralement rétréci, une malformation assez curieuse et fréquente de tout l'appareil génital,

externe ou interne, malformation qui atteint à la fois les divers segments de cet appareil, avec une intensité différente pour chacun. « Ces organes ont été arrêtés dans leur développement au même titre que le bassin osseux, et, comme lui, sont insuffisamment étoffés, manquent d'ampleur, depuis l'ovaire et la trompe jusqu'à la vulve. »

Et non seulement il y a arrêt dans le développement, mais il y a surtout un développement vicieux, car, s'ils sont atrésiés, si le vagin est court, la vulve étroite, si leurs tissus sont considérablement diminués de volume, ils sont aussi durs, résistants, probablement modifiés dans leur texture histologique comme dans leur forme anatomique. Malheureusement, les examens histologiques probants sont encore à faire.

Outre cette insuffisance dans le développement, cette nutrition défectueuse de l'appareil musculaire, il semble encore que ces organes, et surtout l'utérus, manquent d'influx nerveux, tandis qu'au contraire, parfois, la vulve et le vagin sont doués d'une sensibilité exquise, d'hyperesthésie même. Ce défaut d'innervation nous permet de comprendre comment il se fait que l'utérus se contracte mal ou irrégulièrement, pourquoi le col est moins sensible au toucher que normalement, enfin, et surtout, pourquoi il ne répond que faiblement aux excitations (dilatateur, ballons).

On pourrait croire que l'inertie utérine, qu'on observe si souvent, est due à l'obstacle opposé à l'accouchement par le rétrécissement osseux ; cela a lieu dans le bassin plat rachitique, où l'inertie succède à des contractions fortes et douloureuses, tandis que, dans le bassin généralement rétréci, l'inertie est le plus souvent primitive.

On pourrait croire avec Stein le jeune que l'épuisement de l'utérus est dû à la pression de la tête sur les nerfs du plexus sacré, mais cette compression s'exerce également dans les bassins plats.

On pourrait croire, avec Michaëlis, qu'il y a inhibition réflexe du muscle consécutive à la pression régulière de la tête sur tout le pourtour du col.

Mais nous préférons admettre, et il semble rationnel d'y croire, le développement imparfait, défectueux de l'appareil musculaire et nerveux de tous les organes génitaux. Il y a des degrés divers dans cet arrêt de développement, et c'est peut-être ce qui explique la variabilité des réactions des parties molles au moment de l'accouchement.

« L'utérus présente parfois une texture défectueuse, un relâchement de sa musculature, un état spécial de sa fibre, qui fait qu'elle ne réagit pas sous l'excitation produite par l'accroissement de volume et les mouvements actifs du fœtus ». Au lieu de s'hypertrophier d'une façon normale, il se laisse distendre et perd à la fois de son épaisseur et de sa résistance, d'où une antéflexion assez fréquente pour peu que la paroi abdominale offre une faible résistance. C'est surtout au moment de l'accouchement qu'on peut juger de la mauvaise qualité de la fibre musculaire par l'épaisseur très réduite, la résistance et la tension élastique beaucoup moindres du globe utérin.

Le col, chez les primipares plus particulièrement, présente un état de rigidité qui ne fait qu'augmenter l'inertie utérine et ne cède que difficilement aux moyens usités pour le vaincre. Loin d'être aussi mou qu'à l'état normal, l'orifice utérin présente des bords raides « tendus comme des cordes à boyaux », d'où déchirures du col, partielles ou totales. Il est aussi moins sensible au toucher. Mais la rigidité a ses degrés, et le travail, bien que pénible, peut se terminer souvent sans intervention.

Le vagin présente un degré d'étroitesse en rapport avec l'angustie pelvienne généralisée, auquel se joint un défaut considérable d'élasticité. On peut ainsi prévoir, non seulement,

l'obstacle surajouté à l'accouchement, mais aussi les difficultés et les dangers de toute intervention. Outre la plus grande rénitence que le vagin offre au doigt explorateur, on y remarque un abaissement de la température et une diminution de la sécrétion muqueuse. Ces vagins étroits congénitalement, Salfé (*in* Thèse, Paris 1893) les appelle vagins infantiles : « Si l'on pratique le toucher vaginal, dit-il, on a tout de suite la sensation d'un vagin court, étroit, qui se prête mal à la dilatation ; le cul-de-sac postérieur est sans profondeur, il forme comme une sangle résistante qui bride et arrête le doigt lorsque celui-ci cherche à atteindre le promontoire. Cette brièveté du vagin coïncide le plus souvent avec une insuffisance de développement du bassin lui-même. Il est généralement rétréci, le rectum peu incurvé ; on conçoit aisément que ces vagins courts doivent présenter une diminution remarquable de l'extensibilité. » Si, le plus souvent, cette étroitesse et cette rigidité finissent par céder aux forces expulsives, dans plusieurs cas cependant la contraction s'exerce vainement contre la résistance des parties molles, elle s'épuise, cesse complètement, et l'accoucheur est obligé d'intervenir.

Il est très fréquent, surtout chez les primipares, de rencontrer un détroit musculaire inférieur rigide, très résistant, manquant de souplesse et opposant par sa tonicité un obstacle très grand à l'accouchement, résistance contre laquelle s'épuisent vainement les efforts de l'utérus.

La vulve, elle aussi, offre parfois une étroitesse considérable, une situation anormale, souvent déjetée en arrière. Non seulement elle est étroite, mais elle présente un degré extrême d'hyperesthésie qui amène une contracture douloureuse et réflexe du constricteur du vagin. Et il y a du vaginisme inférieur mais aussi supérieur. « Ce signe, dit Richelet, fait assez rarement défaut, et on pourrait, à la rigueur, le considérer comme un moyen accessoire de diagnostic. »

Nous ne pensons pas qu'on puisse lui attribuer cette valeur, pour si faible soit-elle, car on le rencontre dans des bassins qui n'ont ni retrécissement généralisé, comme par exemple les cyphotiques, ni parties molles.

Enfin souvent, comme en font foi de nombreuses observations, les premiers rapports sexuels sont très douloureux. Ce n'est qu'après plusieurs semaines, plusieurs mois même, qu'ils arrivent à s'accomplir normalement. C'est là la dyspareunie de Barnes.

CHAPITRE II

DYSTOCIE LIÉE A LA DYSPLASIE DES PARTIES MOLLES

Puisque les parties molles ont une manière spéciale de se comporter pendant la grossesse, on comprendra sans peine qu'elles réagissent aussi d'une façon particulière pendant l'accouchement. Nous voyons, en effet, dans presque tous les cas, cet accouchement suivre une marche bien caractéristique et présenter des phénomènes qui, s'ils ne lui sont pas absolument propres, s'y rencontrent dans tous les cas plus fréquemment et d'une manière plus régulière que dans tout autre. La dysplasie des parties molles, que nous venons d'étudier au précédent chapitre, va nous permettre de nous rendre compte de la dystocie observée au moment de la parturition.

Du côté de l'utérus, par suite de la mauvaise qualité de sa fibre et de son défaut de développement, nous trouvons les contractions modifiées à la fois dans leur rythme et dans leur mode, dans l'intensité de la douleur qu'elles font éprouver à la femme et dans leur énergie.

L'irrégularité des contractions peut se manifester de deux façons : ou bien elles sont irrégulières dans leur marche, ou bien elles sont partielles, n'occupant qu'une partie de l'organe. Dans le premier cas, elles se renouvellent tantôt plus fréquentes, tantôt, au contraire, à intervalles plus éloignés,

laissant parfois même à la femme le temps de dormir (1). Dans le deuxième cas, la variété la plus intéressante est la contraction partielle spasmodique de l'anneau de Bandl (obs. 4, 25, 26, 30, 31, 30, thèse Hugé). Cette anomalie de la contraction est redoutable dans ses conséquences : en effet, outre qu'elle expose à l'enchatonnement du placenta, aux ruptures de l'utérus, elle cause souvent la mort du fœtus dans la présentation du siège et dans les cas où l'on a pratiqué la version : le tronc est extrait, mais la tête dernière est retenue par l'anneau contracté, et le fœtus meurt asphyxié.

Les contractions sont aussi modifiées dans l'intensité de la douleur qu'elles font éprouver à la parturiente. Elles sont tantôt presque indolores en même temps que peu fréquentes, tantôt, au contraire, plus rapprochées, plus fortes, parfois même très pénibles. Mais si souvent à des douleurs fortes correspondent des contractions énergiques, il n'en est pas toujours ainsi ; la sensation douloureuse qui les accompagne n'est pas forcément proportionnée à leur intensité, et « les femmes à bassin généralement rétréci semblent avoir tout particulièrement ce fâcheux privilège d'éprouver des douleurs vives et énervantes avec des contractions peu intenses et inefficaces » (obs. I, II, IV ; et 32, 38, thèse Hugé). Comme le dit Barnes : « Il semble se produire, en ce cas, une véritable hémorragie d'influx nerveux ».

Mais les contractions sont surtout modifiées dans leur énergie. Rarement exagérées, ce qui a lieu plutôt et surtout dans le bassin plat rachitique, quelquefois normales, elles sont, au contraire, presque toujours affaiblies (obs. I, II, IV ; et 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 22, 27, 32, 38, thèse Hugé), quelque fois même complètement supprimées. Dans le premier cas,

---

(1) Observations : I, II, III, IV ; et observations 2, 10, 18, 23, 27, 28, 29, 38 (thèse Hugé).

nous avons affaire à de l'inertie partielle, dans le second à de l'inertie totale.

L'inertie partielle de l'utérus rend le travail long, pénible, fastidieux ; les contractions sont à la fois faibles et espacées, la femme a quelques petites douleurs, puis s'endort un certain temps jusqu'à ce qu'une nouvelle contraction vienne l'éveiller, et ainsi de suite pendant 24, 48 heures et plus. La dilatation du col ne fait pas de progrès, la période d'expulsion dure indéfiniment et souvent l'accoucheur est obligé d'intervenir dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant, voire même des deux à la fois : c'est le *tœdious labour* des Anglais.

L'inertie utérine peut être, est fréquemment totale ; elle est ou secondaire ou primitive. Elle est secondaire (obs. 1, 2, 19, 23, 25, 38, thèse Hugé) quand l'utérus s'est vainement épuisé en des contractions énergiques, mais inutiles, pour faire franchir l'obstacle au fœtus. Cette forme se rencontre surtout dans le bassin plat rachitique. Dans le bassin généralement rétréci l'inertie est le plus souvent primitive d'emblée, due à la mauvaise qualité de la fibre musculaire et probablement aussi à une innervation insuffisante, défectueuse. L'utérus, qui réagit d'habitude énergiquement vis-à-vis des corps étrangers introduits entre sa muqueuse et l'œuf, admet ici assez volontiers une sonde ou même un ballon dans sa cavité ; et s'il les chasse, il cesse aussitôt de se contracter. Sur ce point toutes nos observations concordent. L'écarteur semble avoir plus d'action : mais parfois, quand on l'enlève, on voit le col se refermer, même si la dilatation était complète. Hugé cite une observation (27) dans laquelle le col qui, sous l'action de l'écarteur trivalve de Tarnier, avait atteint sa dilatation complète, se reforma presque entièrement une fois l'écarteur retiré, et ce ne fut que 53 heures après, que les contractions purent effectuer l'engagement du fœtus. Cette inertie utérine rend le travail indéfiniment long, et nécessite presque toujours l'intervention de l'ac-

coucheur. « Disons, tout de suite, qu'au point de vue de la conduite à tenir en ce qui regarde l'accouchement prématuré artificiel, on doit prévoir un laps de temps pouvant s'élever à plusieurs jours comme nécessaire pour la terminaison du travail, et, en conséquence il faut intervenir plutôt hâtivement que tardivement eu égard au degré de l'angustie pelvienne. » (Bonnaire, *in* Thèse Hugé).

Du côté du col, par suite de l'inertie utérine énoncée ci-dessus, nous rencontrerons de la lenteur de la dilatation (obs. I, II, III, IV ; et 2, 8, 9, 14, 15, 17, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 38, thèse Hugé). Mais cette dilatation sera surtout ralentie par suite de la rupture prématurée de la poche des eaux (obs. 3, 4, 5, 7, 8, 14, 18, 19, 26, 32, 34, 38, thèse Hugé), fait assez fréquent dans les rétrécissements du bassin, mais qui s'observe pourtant moins souvent dans le rétrécissement général. La rupture est due, en effet, à ce fait que par suite du rétrécissement, la partie fœtale qui se présente obture mal le détroit supérieur ; chaque contraction fait pénétrer dans la poche des eaux une quantité plus grande de liquide, il y a surdistension, et les membranes ne tardent pas à se rompre. Dans le bassin généralement rétréci, la présentation obturant mieux le détroit supérieur, la rupture de la poche des eaux aura moins souvent lieu de se produire.

C'est toujours un accident fâcheux, car, outre que la poche n'est plus là pour aider la dilatation du col, elle n'agit plus sur lui comme excitant pour amener des contractions réflexes, d'où un affaiblissement marqué des douleurs, et son absence permet à l'utérus de se rétracter sur l'enfant, qui mourra asphyxié pour peu que l'accouchement traîne en longueur.

Un autre phénomène, que nous observons au niveau du col, est sa rétraction spasmodique. Au lieu de rester souple, mou comme à l'état normal, dans l'intervalle des contractions, il résiste d'une façon continue. Son orifice externe qui constitue

aussi l'orifice utérin est constamment tendu, dur, chaud et douloureux au toucher, ne cédant que très lentement, quelquefois pas, à la contraction. D'après Joulin, c'est certainement la cause la plus ordinaire du travail prolongé. Il y a, en effet, prolongation du travail, mais il y a surtout agitation de la femme, qui éprouve des souffrances intolérables, et si cette rétraction dure trop longtemps, si le col ne cède pas, on se trouve dans la fâcheuse alternative de voir le col se déchirer ou bien la femme s'épuiser par le surmenage (obs. 7, 8, 14, 29, 32, thèse Hugé), et si cet état se prolonge, des phénomènes d'infection peuvent apparaître. Cette rétraction spasmodique peut se produire sur la tête dernière dans une présentation du siège ou après une version, et alors comme pour l'anneau de Bandl, on voit le col enserrer le cou du fœtus, de telle sorte que le dégagement de la tête devient extrêmement laborieux et que l'existence de l'enfant est gravement compromise.

Dans un bassin normal, les parois du vagin ramollies par la grossesse mettent rarement obstacle à la descente du fœtus. Il n'en sera pas de même dans le cas de bassin atrésié, dysplasique surtout. Nous n'aurons plus ici ce ramollissement aussi étendu, nous n'aurons plus cette sécrétion muqueuse qui aide également pour sa faible part ; nous n'aurons plus, surtout, cette souplesse et cette extensibilité dont nous aurions besoin. Tous ces éléments : dilatabilité, souplesse, ramollissement, largeur, sécrétion du vagin, nous font défaut dans le bassin généralement rétréci (obs. I, II, III et obs. 9, 13, 24, thèse Hugé).

Si dans certains cas, il est vrai, les parois vaginales cèdent peu à peu, et le conduit arrive à se dilater suffisamment pour permettre, après un travail plus ou moins long et pénible, l'expulsion du fœtus ; si, d'autres fois encore, le vagin s'agrandit pour permettre la descente partielle dans l'excavation, mais qu'il soit nécessaire d'intervenir pour terminer l'accouche-

ment ; quelquefois, cependant, cette descente est absolument empêchée par l'atrésie, et, si l'on fait des applications de forceps accompagnées de tractions, on aura des déchirures, surtout chez les primipares, qui pourront, dans certains cas, être très étendues, communiquant avec les organes voisins (rectum, vessie, etc...). On peut même en être réduit à pratiquer l'opération césarienne, comme dans les cas de Müller, Lesi, Martinetti.

A la dystocie utéro-vaginale, qui est évidemment la plus sérieuse, la seule peut-être dont il faille tenir grand compte, se joint la dystocie périnéo-vulvaire.

Chez les primipares, en général, de tous les obstacles à l'accouchement qui ont les parties molles pour siège, le plus fréquent est certainement la résistance du périnée ; on peut dire que c'est elle qui nécessite le plus souvent les applications de forceps. Cet obstacle est autrement fréquent et autrement sérieux chez les femmes à bassin généralement rétréci (obs. I, II, et obs. 6, 9, 24, thèse Hugé). Contre lui viennent lutter et s'épuiser les contractions de plus en plus faibles et irrégulières ; ajoutons que la femme, déjà fatiguée par un travail très long, use fort mal des contractions abdominales, aussi les interventions de l'accoucheur seront-elles encore plus fréquentes que dans le bassin normal. Mais ici, outre que les tissus sont résistants, ils sont en même temps généralement de texture défectueuse, d'où ruptures fréquentes, déchirures qui pourront aller jusqu'à intéresser le sphincteranal, nouvelles complications.

Enfin, la vulve, par son étroitesse, par la rigidité des bords de son orifice, vient encore ajouter un obstacle à la sortie du fœtus (obs. I et obs. 9, thèse Hugé). La résistance opposée peut être très grande, et, si dans la majorité des cas, elle finit par être vaincue par les contractions ou céder à une application de forceps, ce résultat n'est, le plus souvent, obtenu qu'au prix de déchirures multiples.

En somme, les principaux faits qui se dégagent de tout ce que nous venons de dire, sont : d'abord et surtout l'extrême lenteur du travail, ensuite les lésions fréquentes des organes, enfin les difficultés de l'intervention.

Le travail est lent (obs. I, II, III, IV et obs. 2, 8, 9, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 25, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 38, thèse Hugé), impossible même ; eh ! quoi de surprenant ! Tous les organes de la filière pelvi-génitale semblent concourir à ce seul but, les uns par leur inertie, les autres, au contraire, en opposant une étroitesse et une résistance considérables au passage du fœtus. Et cette lenteur présente de nombreux inconvénients ; d'elle surtout dépend le pronostic et pour la mère et pour son enfant. Elle expose la mère à des compressions soutenues, persistantes qui amèneront de l'œdème du col, du vagin, de la vulve (obs. 14, 24, 32, 34, thèse Hugé) ; elle l'expose, si cette compression s'exerce trop longtemps sur un même segment du canal génital, à des escharres et à des fistules consécutives (obs. 7 et 10, thèse Hugé). Elle l'expose à une fatigue qui peut devenir extrême, et l'on cite même des cas où la mort est survenue par épuisement. Elle l'expose, enfin, à l'infection par suite de l'écrasement des tissus qui se laissent alors plus facilement envahir par les agents pathogènes, par suite aussi de l'affaiblissement général dans lequel elle met la femme.

Et les chances d'infection sont encore augmentées par la rupture précoce des membranes, par les lésions des organes dues au passage du fœtus à travers un canal trop étroit, dues aussi aux interventions (forceps, version...)

Les interventions sont rendues plus difficiles et dangereuses; elles sont, en effet, pénibles, laborieuses, quelquefois même rendues impossibles, exposant davantage la femme à des déchirures.

Un autre danger résulte de l'inertie utérine totale après

l'accouchement. Elle peut, en effet, obliger à faire la délivrance artificielle, être cause d'enchatonnement du placenta et surtout d'hémorragies nécessitant une rapide intervention (1, 8, 21, 29, thèse Hugé). Litzmann en cite un cas dont Richelet rapporte l'observation dans sa thèse (IX). Par tout ce que nous venons de dire, on voit combien est grave le pronostic pour la mère, et combien sont nombreux les facteurs dont il dépend.

Pour l'enfant, le pronostic est encore plus sombre et ses facteurs encore plus nombreux. Parmi les causes de souffrance et même de mort qu'il trouve sur son passage, l'obstacle osseux mis de côté, celle à qui revient sans contredit la plus large part est la lenteur du travail. D'après Litzmann, quand la période d'expulsion dure six heures, il y a 29 p. 100 d'enfants perdus ; pour une durée de dix à quinze heures, 48 p. 100 ; enfin, au-delà de quinze heures, 77,5 p. 100. Et P. Dubois dit : « Qu'il naisse mort ou qu'il respire encore, l'enfant semble avoir perdu droit à la vie par la prolongation du travail. »

La rupture hâtive de la poche des eaux est encore un fait fâcheux ; elle rend la dilatation du col plus lente, elle peut gêner la version, la rendre même impossible, amener une procidence du cordon, permettre à l'utérus de se rétracter sur le corps de l'enfant, d'où compression du cordon, troubles dans la circulation utéro-placentaire, amenant l'asphyxie du fœtus.

Les chances de ce dernier sont encore diminuées par les nombreuses manœuvres dont il est souvent l'objet. Parfois, l'introduction de ballons modifie la présentation et substitue à un sommet une épaule, d'où version. Or, la version dans les bassins généralement rétrécis est une mauvaise manœuvre. La présentation du siège est également une présentation très défavorable, puisqu'elle nous met dans les conditions précédentes, et le forceps, quoique préférable, ne donne pas toujours de bons résultats.

Enfin, au cours de ces manœuvres longues et pénibles, l'enfant peut inhaler du liquide amniotique. Aussi, trop souvent, malgré une intervention aussi avisée que rapide, n'obtient-on qu'un fœtus mort, ou qui ne respire que quelques heures, ou qui enfin, s'il est vivant, meurt au bout de quelques jours, emporté par une pneumonie septique.

Si le tableau que nous venons de décrire est sévère, et s'il n'est que malheureusement trop souvent exact, il n'en est pas moins vrai que, dans bon nombre de bassins généralement rétrécis, l'accouchement peut se terminer et se termine sinon par les seules forces de la nature, tout au moins d'une façon satisfaisante pour la mère et son enfant. Il est souvent bien difficile et même imprudent de porter un diagnostic à l'avance. Comme le dit Hugé *(loc. cit.)* au sujet de l'accouchement dans les cas qui nous occupent, rapportant les paroles de Tarnier à propos de l'éclampsie : « C'est un accouchement à surprises, et à surprises désagréables ».

CHAPITRE III

DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ DANS LES CAS DE BASSIN GÉNÉRALEMENT RÉTRÉCI

« L'étude de la valeur de l'accouchement provoqué dans le traitement de la dystocie par rétrécissement pelvien peut être tenue comme étant plus que jamais à l'ordre du jour. » (P. Bar. Soc. Obst. de Paris, 1899.)

Depuis quelques années, en effet, de nombreuses thèses ont paru, de nombreux rapports ont été écrits, et surtout de nombreuses discussions se sont élevées pour juger de la valeur des différentes opérations obstétricales comparées entre elles. Ce qui semble ressortir nettement de tous ces travaux, c'est que les indications de l'accouchement prématuré artificiel vont se restreignant de plus en plus, pour céder le pas aux interventions chirurgicales, symphyséotomie et opération césarienne.

« Constater aujourd'hui, après la renaissance de la section césarienne et de la symphyséotomie, que l'accouchement prématuré provoqué dans le but de sauver l'enfant laisse à celui-ci de tels risques qu'ils chiffrent par une mortalité moyenne de 30 0/0, c'est avouer que cette opération ne doit plus être considérée comme l'une des plus heureuses conquêtes de l'art obstétrical, et qu'il faut l'abandonner définitivement. » (P. Bar, *loc. cit.*)

Et M. A. Pinard (Congrès d'Amsterdam 1899) dit: « Il

n'est pas d'intervention plus désastreuse pour lui (l'enfant). On ne pourra jamais, de plus, faire qu'un fœtus prématuré supporte comme un enfant à terme le traumatisme de l'accouchement soit spontané, soit artificiel..... Outre qu'il tue plus de 30 0/0 des enfants, l'accouchement prématuré ne peut produire que des prématurés, c'est-à-dire des êtres à développement incomplet, ne possédant pas toutes les aptitudes à la vie extra-utérine, et, pour la plupart, candidats désignés aux maladies et aux infirmités ».

Il est certain que, si cette intervention obstétricale n'offre que fort peu de dangers pour la mère (1 0/0 mortes), les résultats pour l'enfant sont loin d'être satisfaisants, malgré le perfectionnement apporté au manuel opératoire et instrumental, malgré les moyens plus pratiques de diagnostiquer les rapports entre les dimensions de la tête fœtale et celles des diamètres pelviens, malgré enfin les remarquables progrès apportés par Tarnier et Budin à l'élevage des nouveau-nés (couveuse et gavage).

Nous n'irons pourtant pas aussi loin que MM. Bar et A. Pinard, et nous dirons avec le professeur Budin (Congrès de la Société Obstétricale de France 1899) : « Je n'emploierai pas une seule méthode, mais toutes les méthodes ; j'aurai, suivant les cas, recours à l'accouchement prématuré provoqué, au forceps, à la version et même à la symphyséotomie, toutes les fois qu'ils me paraîtront indiqués ».

Il nous a paru, d'après nos quelques observations, qu'on pouvait opposer une nouvelle contre-indication à l'accouchement prématuré artificiel dans les bassins généralement rétrécis.

Le pronostic de l'accouchement à terme dans ces bassins, à moins que l'angustie pelvienne ne soit fort peu marquée, peut être sérieux pour la mère, encore plus pour son enfant, surtout quand à la dystocie osseuse se joint la dystocie des parties molles, ainsi que l'a parfaitement montré Hugé dans sa thèse

(Paris, 1898). Il peut même dépendre exclusivement de celles-ci.

Il était donc tout naturel de penser à l'accouchement prématuré provoqué pour éviter ces accidents ; et certes, il nous paraît indiqué dans la plupart des cas. Si l'enfant est vivant et viable, si la grossesse n'a pas dépassé le terme auquel on peut l'interrompre avec profit pour la mère et son produit ; si la femme est multipare (l'histoire des accouchements antérieurs pouvant être d'une grande utilité pour l'accoucheur), enfin et surtout, si le bassin est peu rétréci, on pourra espérer que l'accouchement avant terme sera une manœuvre vraiment utile.

Si, au contraire, le bassin est assez rétréci, le pronostic devient aussitôt plus grave, et il le devient, non pas tant à cause du degré plus grand d'angustie osseuse que du fait même de la dystocie liée aux parties molles. « On ne doit pas oublier, en effet, dit le professeur-agrégé Bar (Soc. obst. de Paris) que moins le bassin est large, plus on risque de rencontrer de ces atrésies congénitales des parties molles, qui joignent leur action à celles provenant du rétrécissement osseux, et qui sont une des causes des sérieuses difficultés de l'extraction, partant des risques courus par l'enfant. »

C'est précisément cette atrésie, cette dysplasie, que nous croyons pouvoir être, dans certains cas, une sérieuse contre-indication à l'accouchement prématuré provoqué.

Avec un rétrécissement simple du bassin, bien qu'il soit assez prononcé, on a encore des chances d'avoir un enfant vivant. Mais les difficultés de l'accouchement sont bien autrement sérieuses, quand la dysplasie du bassin mou vient le compliquer. Dans tous les cas, le pronostic est grave, et dans ceux dont nous relatons les observations nous voyons qu'il est quelquefois fatal pour la mère, pour le fœtus presque toujours. Avons-nous lieu d'en être surpris ? Nous ne le pensons pas.

Déjà nous avons vu combien, dans l'accouchement à terme, l'utérus se contracte mal et le col est résistant, combien le

vagin prolonge indéfiniment la période de descente ; la vulve et le périnée la période d'expulsion. Nous avons dit toutes les difficultés apportées à l'issue du fœtus et aux interventions, tous les accidents et les dangers auxquels la mère et plus encore le fœtus sont exposés ; combien, en un mot, le travail est long, pénible, périlleux. Et nous en avons vu les résultats : mère souvent épuisée, morte même dans un cas, enfant presque toujours asphyxié dès la naissance, ou mourant peu de jours après.

Ces ennuis, ces accidents, ces dangers de toutes sortes sont autrement accrus dans l'accouchement prématuré artificiel.

Une des premières difficultés de l'accouchement prématuré provoqué est d'apprécier aussi exactement qu'il faudrait les rapports entre les dimensions de la tête fœtale et celles du bassin osseux. Cette difficulté existe au plus haut point dans les cas qui nous occupent, où la résistance, la rigidité et l'étroitesse des parties molles, vulve, périnée et vagin, s'opposent à ce que l'on atteigne nettement le promontoire, ou, tout au moins, portent à croire le diamètre antéro-postérieur plus grand qu'il n'est en réalité. Comme le dit Sallé (*in* Thèse Paris 1893) : « Le cul-de-sac postérieur est sans profondeur, il forme comme une sangle résistante qui bride et arrête le doigt, lorsque celui-ci cherche à atteindre le promontoire ».

Du côté de l'utérus, nous observons une inertie utérine primitive parfois désespérante. Cet organe ne répond pas aux nombreuses excitations portées sur son segment inférieur. On introduit une sonde, plusieurs sondes de Krause successives ; elles restent entre la muqueuse et l'œuf, ou tombent sans résultat appréciable.

De même, avec les ballons, l'écarteur de Tarnier ; si l'on arrive à provoquer quelques contractions, elles sont très irrégulières, douloureuses, mais faibles et inefficaces ; et, une fois

l'excitation supprimée, le travail reste en l'état, si même il ne rétrocède pas.

Cet état de l'utérus nécessite des interventions multiples, qui peuvent amener la rupture hâtive de la poche des eaux, augmentent les chances d'infection.

Le tétanisme utérin s'observe aussi plus spécialement dans l'accouchement prématuré artificiel, lorsque la poche des eaux a été rompue hâtivement et plus souvent chez les primipares.

Par suite de l'inertie utérine, par suite aussi de l'absence de la poche des eaux, et du fait qu'il est naturellement rigide, le col met très longtemps à se dilater. Pour remédier à cette lenteur, on y introduira un ou plusieurs ballons, mais ils n'exciteront pas toujours l'utérus, ils ne hâteront pas toujours la dilatation (obs. I, II). Ils peuvent devenir une cause de procidence du cordon et présenter l'inconvénient de déplacer la partie fœtale qui se présente et de substituer une présentation vicieuse à la première. Nous en avons vu un exemple dans une observation, malheureusement incomplète, que nous n'avons pu publier, où M. le professeur Dumas dut faire une version, parce qu'une épaule avait été substituée au sommet.

De plus, ces ballons, s'ils dilatent à peu près suffisamment le col chez une multipare dont les parois musculaires souples se laisseront à nouveau facilement écarter si elles sont revenues sur elles-mêmes, n'ont pas une action aussi énergique chez une primipare, surtout si elle présente la rigidité et l'étroitesse du bassin mou dont il est question dans nos observations. Comme le dit fort bien le professeur-agrégé Bar (in *Obst.* juillet 1899) : « Il n'en est pas de même chez bon nombre de primipares. On ne doit pas oublier que, chez elles, la dilatation obtenue avec le ballon, surtout si on a activé la dilatation par des tractions exercées sur la tige de l'appareil, n'est pas comparable à une dilatation qui se serait régulièrement com-

plétée sous la seule influence des contractions utérines. Il est commun de voir le ballon distendre, autant par éraillement que par dilatation vraie, la partie inférieure du col, alors que la plus grande partie du segment inférieur et l'anneau de Bandl restent rigides au-dessus de lui. L'extraction de l'enfant faite après l'expulsion du ballon peut alors n'être pas sans difficulté, ni sans danger : *(a)* pour lui, par suite de la résistance de l'anneau de Bandl ; *(b)* pour la mère, par suite des chances de déchirures de la partie supérieure du segment inférieur et des risques d'hémorragie qui en résultent ». Sur sept cas, M. Bar a rencontré deux fois semblable difficulté.

Tous les opérateurs se sont préoccupés d'amoindrir la résistance que les parois du vagin sont susceptibles d'opposer à l'extraction du fœtus. Si cette résistance est généralement insignifiante quand il s'agit d'une femme multipare dont la paroi vaginale a été brisée lors des accouchements antérieurs et dont le périnée n'offre plus une bien grande difficulté, « il n'en est pas de même chez les femmes primipares dont le vagin est particulièrement court et étroit ». C'est ce que nos observations montrent très nettement.

Le vagin, manquant de souplesse et d'élasticité, offre, par ses parois étroites et résistantes, un passage difficile, d'où difficultés pour l'intervention et dangers pour l'enfant, qu'il se présente par le sommet ou surtout par le siège. Par le sommet : ou bien le travail dure longtemps, ou bien les contractions suffisamment fortes hâtent l'expulsion. Dans le premier cas, l'enfant souffre de cette lenteur ; dans le second, il souffre de l'intensité des frottements qu'il subit. Que si l'on fait une application du forceps, à l'intensité des frottements vient se joindre le danger des tractions qui, dans l'espèce, devront être considérables, les lésions des parties molles mises à part.

Si l'enfant se présente par le siège, le péril est encore plus

grand ; il court, en effet, les risques de la présentation du siège en général ; de plus, ici encore, l'accouchement sera très lent. Le siège, passant le premier, dilatera insuffisamment les parties molles, nous pourrons avoir de la rétraction spasmodique de l'anneau de Bandl ou du col. Et le cordon sera plus facilement comprimé à travers le vagin étroit qui ne laissera passer la tête dernière qu'aux prix de grandes difficultés. Enfin la vulve et le périnée, par leur étroitesse et leur résistance presque ligneuse, opposent un dernier obstacle à l'expulsion, obstacle qui peut être considérable chez une primipare à bassin généralement rétréci obs. I, II), d'autant plus considérable que, chez cette femme-là, le défaut d'élasticité se joint à l'étroitesse, d'où fréquentes déchirures.

Pour distendre le vagin, la vulve et le périnée, pour vaincre leur résistance, on introduit dans le vagin un ballon distendu par de l'eau et sur lequel on exerce des tractions. Cette méthode donne souvent de bons résultats, mais il ne faudrait pas croire qu'elle mette à l'abri de toutes les difficultés provenant des parties molles. Si l'on veut pratiquer une dilatation rapide, on risque fort d'avoir des délabrements considérables; si elle est lente, l'enfant a toujours le temps de souffrir, et même, dans ce cas, elle ne s'obtient pas sans donner lieu à des éraillures vaginales et vulvaires, d'abord insignifiantes, mais qui peuvent se transformer en déchirures étendues et profondes au moment du passage de l'enfant. Quant à vaincre la résistance du périnée, voici ce que dit Bar (*loc. cit.*) : « N'oublions pas que chez les femmes à bassin généralement rétréci, il y a tendance à la rigidité du segment inférieur ; cette rigidité, les plus gros ballons ne la font pas disparaître. »

Voyons les résultats que donne, dans de pareilles conditions, l'accouchement prématuré provoqué. Sur 4 cas, 3 enfants morts, 1 mère morte. Certes, de tels faits sont peu encoura-

geants. On a voulu avoir des enfants vivants, des mères sauves en leur épargnant les risques d'une opération. Il ne nous paraît guère qu'on ait réussi. Aussi estimons-nous que, dans de pareils cas, on doit s'abstenir d'une telle méthode et chercher une meilleure ligne de conduite à suivre.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS OU L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ EST CONTRE-INDIQUÉ

Nous avons repoussé l'accouchement prématuré artificiel et laissé arriver la grossesse à terme. Pouvons-nous espérer que la femme mettra spontanément ou presque spontanément au monde un enfant vivant? La chose ne nous paraît pas impossible, si le fœtus est petit, surtout si la femme est multipare. L'accouchement dans les bassins justo-minor est, avons-nous dit, un accouchement à surprises ; les parties molles peuvent avoir subi du fait de la grossesse parvenue à terme un ramollissement sinon absolu, du moins suffisant pour permettre, avec une application de forceps, la sortie d'un enfant en bon état. Mais nous ne devons guère compter sur ces cas heureux ; presque toujours, il faudra intervenir. De quelle façon?

Nous avons affaire à une femme à terme, avec fœtus de volume normal. Le bassin est généralement rétréci, c'est chose entendue, mais l'enfant pourrait encore passer à travers, grâce à des réductions plus ou moins considérables de ses divers diamètres. C'est surtout avec la dysplasie marquée des parties molles qu'il nous faudra compter. Plusieurs interventions, forceps, version, symphyséotomie, opération césarienne, basiotripsie, sont possibles. Laquelle allons-nous choisir comme nous paraissant la meilleure?

Une fois le travail commencé, il importe essentiellement de

ne pas le laisser traîner en longueur, car nous savons que c'est la lenteur de la parturition qui est presque toujours cause de mort pour le fœtus. Le forceps répond-il à cette indication ? Oui, dans un bassin ordinaire ou même rétréci, mais avec parties molles normales ; non, dans les cas que nous étudions. Ici, en effet, le travail est excessivement long, la dilatation du col très lente, la descente dans l'excavation non moins lente, en sorte que, quand on pourra appliquer le forceps, la vitalité du fœtus sera déjà souvent fort compromise. De plus, l'application de l'instrument sera rendue difficile par l'étroitesse du canal vulvo-vaginal ; les tractions seront lentes et pénibles, exposant la femme à des déchirures, plus dangereuses encore pour l'enfant, quand elles seront considérables, et ne supprimant pas l'intensité des frottements dont il aura également à souffrir. Pour cette fois, nous laisserons donc le forceps de côté.

Nous le préférerions cependant à la version, qui, en l'espèce, ne nous paraît offrir que des dangers, et des dangers sérieux.

Il importe avant tout, avons-nous dit, de hâter la sortie du fœtus. La version nous permettra-t-elle d'arriver à ce résultat ?

Ici, comme précédemment, l'enfant aura déjà souffert avant que le col soit suffisamment dilaté pour permettre l'introduction de la main, et la seconde partie de l'intervention sera plus dangereuse encore. L'évolution du fœtus, en effet, pourra être rendue difficile par l'absence de liquide dans la cavité utérine, si la poche des eaux s'est rompue trop hâtivement, fait assez fréquent, nous le savons. L'extraction sera pénible et longue, par suite de l'étroitesse et de la rigidité des parois vaginales ; par suite du relèvement des bras, accident toujours fâcheux, que nous avons plus de chance de voir se produire ici ; par suite encore du fait que, bien des fois, quand nous aurons extrait le tronc fœtal, la tête pourra être retenue par un spasme de l'anneau de Bandl ou du col. Nous aurons à redouter aussi la compression du cordon dans un vagin déjà

rempli par le corps de l'enfant. Enfin, la grosse extrémité du cône fœtal, la tête, sera retenue dernière dans des parties molles incomplètement dilatées par la petite extrémité, le siège. La sortie sera donc pénible et dangereuse : dangereuse pour l'enfant si l'extraction tarde trop ; dangereuse pour la mère, si l'on veut aller trop vite, car il se produira des déchirures des organes ; pour le fœtus aussi dans ces mêmes conditions, car, si au lieu d'exercer des tractions lentes et régulières, on veut hâter l'extraction, il y aura compression brusque de la tête, fait encore plus préjudiciable à l'enfant, ainsi que le montrent les expériences de Dauret chez le chien. Dans un cas comme dans l'autre, les résultats seront, on le voit, très médiocres. Après une telle manœuvre, il ne semble pas qu'il puisse rester à l'enfant quelque chance de vie. Aussi, encore moins que du forceps, userons-nous de la version. C'est absolument ce que dit le professeur-agrégé Bar, *in* Compte-rendu de la Soc. obst. de France : « S'il s'agit d'une de ces primipares aux parties molles rigides, au vagin étroit, comme il arrive souvent quand le bassin est généralement rétréci, chez qui la poche des eaux s'est rompue avant que la dilatation fût complète ; s'il s'agit d'une de ces femmes chez lesquelles le col ne se dilate que lentement, ce n'est pas la version que nous choisirons. »

La tendance de certaine école est, aujourd'hui, de rejeter l'accouchement prématuré artificiel, le forceps et la version de la thérapeutique des viciations pelviennes. « En face d'une femme ne pouvant accoucher par suite d'un retrécissement du bassin, l'enfant étant vivant, quelle conduite tenir ? A l'heure actuelle, en raison de ce que nous a appris l'expérience, deux interventions seulement peuvent et doivent être discutées : l'agrandissement momentané du bassin et l'opération césarienne. » (A. Pinard, Congrès d'Amsterdam, août 1899). C'est aussi notre opinion dans les cas qui nous occupent plus particulièrement. Mais laquelle choisirons-nous ?

Voyons la symphyséotomie. On peut dire qu'il est peu d'opérations qui aient autant fait parler d'elles. Admise d'abord en France, avec difficulté, mais actuellement très répandue, acceptée par les uns sans réserve, par les autres avec méfiance, elle a donné et donne plus que jamais lieu à de nombreuses discussions, que l'on juge de sa valeur absolue, ou de sa valeur relative, comparée à l'accouchement prématuré provoqué ou à l'opération césarienne. Certes, nous croyons que c'est une bonne intervention, souvent indiquée dans les rétrécissements du bassin, appelée même probablement à prendre la place de l'accouchement prématuré artificiel, quand on aura restreint encore plus ses inconvénients. Mais répond-elle aux desiderata de nos observations, et nous donnera-t-elle ce que nous demandons : une mère sauve, un enfant vivant?

Si l'opération est relativement facile, il n'en est pas moins vrai qu'elle présente des dangers, et que, si la femme échappe à la mort, les suites en sont souvent pénibles. Notre but étant de procéder à l'accouchement avec le minimum de traumatisme pour la mère et pour l'enfant, recherchons si les risques courus par l'une et l'autre peuvent et doivent nous faire abandonner cette intervention au profit de l'opération césarienne.

Dans la symphyséotomie pour simple rétrécissement du bassin, la femme n'est pas sans courir des dangers, et les lésions de ses organes s'observent fréquemment, résultant soit de la section de la symphyse et de l'écartement des pubis, soit de l'extraction du fœtus. Ce sont des déchirures du vagin et de la vulve ; la distension de la vessie et son effraction ; la dislocation de l'urèthre et sa déchirure, toutes plaies communiquant souvent avec la plaie symphysaire ; des hémorragies dues à ces délabrements, quelquefois même à la simple incision des tissus (sinus prévésicaux, varices paravulvaires et de la région paraclitoridienne), qui, si elles ne menacent pas directement la vie de la femme, peuvent devenir graves, mortelles même, quand

elles surviennent après un travail prolongé, ainsi que l'a montré M. Tellier, de Lyon, dans une intéressante observation communiquée à la Société obstétricale de France ; et qui, dans tous les cas, augmentent toujours les chances d'infection, en diminuant la résistance physique. Or, dans trois de nos observations, nous avons vu le travail marcher avec une très grande lenteur, et dans les deux premières, plus particulièrement, les femmes étaient, au moment de l'expulsion, absolument exténuées ; une hémorragie, survenant dans ces conditions, n'eût pas manquer d'aggraver leur état.

Ces lésions, ces délabrements, ces dangers, nous les observerons, à plus forte raison, plus fréquents et plus graves chez nos femmes à bassin généralement rétréci, aux tissus durs et résistants ; les divers organes, col, vagin, vulve, périnée, se rompront plus aisément à cause de leur étroitesse et de leur défaut d'extensibilité. Ils se rompront surtout au moment de l'extraction de l'enfant. C'est ce que dit M. Gaulard (in *Archives de Tocologie*, 1894) : « Ce qui me paraît le plus redoutable dans la section pubienne, c'est l'extraction consécutive du fœtus, surtout chez les primipares. La distension énorme de ces parties molles, qui manquent en avant de tout soutien, ne laisse pas d'être inquiétante. On comprend qu'elles éclatent facilement et que des lésions graves puissent se produire dans ces régions ».

Dans une observation de M. Porak, par exemple « au moment de la sortie de la tête, toute la région du vestibule, y compris l'urèthre, se détache du côté gauche, et il y a une hémorragie abondante ». Dans l'observation déjà citée de M. Tellier, « le périnée avait été déchiré jusqu'à l'anus et, en avant, la déchirure s'étendait sur la partie antérieure de la vulve et de la vessie ». Schauta cite plusieurs cas analogues ; dans un premier il y avait « une déchirure qui commençait au niveau de l'urèthre, s'étendait le long de ce canal sur toute la paroi antérieure du vagin et atteignait le col de la vessie, de

telle sorte que la vessie et l'urèthre n'étaient plus en contact que par un lambeau de chair ».

Dans un second, « il y eut une déchirure siégeant sur le côté de l'urèthre, s'étendant jusqu'à la vessie. En outre, l'orifice vulvaire fut déchiré à sa partie antérieure par le bord inférieur de la symphyse, de telle sorte qu'il y avait une double blessure : une circulaire et une longitudinale » Enfin M. Bar (*in Obstétrique*, juillet 1899) cite une observation dans laquelle il y avait une énorme déchirure périnéo-vulvaire, faisant communiquer le vagin et la plaie symphysaire, et l'urèthre était déchiré. La femme eut de la suppuration pendant quatre mois.

Et nous pourrions en citer d'autres, sans compter toutes celles qui ne sont pas publiées. Si l'on ajoute à cela de fréquentes suites fébriles, avec *phlegmatia alba dolens*, cystites, escharres, et des accidents plus éloignés, comme l'écartement persistant des pubis, des rétro-versions utérines, des prolapsus utérins et vaginaux, il ne semble pas qu'on puisse regarder la symphyséotomie comme une intervention sans dangers pour la femme. Assurément, ces lésions ne sont pas souvent mortelles ; on ne saurait cependant nier leur gravité, dans certains cas plus particulièrement. Si elles ne menacent pas directement la vie de la femme, elles augmentent les chances d'infection et peuvent laisser après elles de pénibles infirmités (incontinence d'urine, fistules vésico ou urétro-vaginales), éléments dont il faut tenir compte dans le pronostic.

La section de la symphyse et l'écartement des pubis ne sont qu'un temps intermédiaire de l'opération. Comme le dit M. A. Pinard (*loc. cit.*) : « la symphyséotomie ne peut être pratiquée au début du travail, elle n'est qu'une opération préparatoire que suit le plus souvent l'extraction à travers des parties molles non dilatées. » Pour la mère, nous avons tenu compte, au point de vue du pronostic, de l'opération elle-même et de l'extraction de l'enfant ; pour celui-ci, nous devrons tenir compte de la

marche du travail avant l'intervention, et de son extraction par les voies naturelles, après la section pubienne.

Le travail, outre sa lenteur excessive, n'est pas, nous l'avons vu, sans présenter de nombreux incidents (rupture prématurée des membranes, procidence du cordon). Tous ces inconvénients on doit les éviter. « Les heureuses chances, tant pour l'enfant que pour la mère, semblent être à leur maximum quand la dilatation du col est devenue rapidement complète.» (P. Bar, in *Obstétrique*, juillet 1899). Cette rapide dilatation pourra être obtenue chez des multipares à tissus ramollis par le passage d'un premier ou de plusieurs enfants ; mais il n'en est pas de même chez nos primipares, malgré l'emploi de ballons dilatateurs et de l'écarteur de Tarnier, nos observations le prouvent nettement. De plus, ces ballons, comme nous l'avons déjà dit, n'amènent souvent qu'une dilatation incomplète, d'où dangers pour l'enfant. « Ces dangers sont plus grands s'il y a en même temps procidence du cordon, surtout s'il y a rigidité du col. L'emploi du ballon ne fait pas disparaître ces risques, il peut même devenir une cause de procidence. » Le fœtus souffre donc réellement avant la symphyséotomie, et souvent il avait tellement souffert qu'on a dû rejeter cette opération et recourir à la basiotripsie.

La disjonction et l'écartement des pubis feront-ils disparaître pour le fœtus les dangers de l'extraction ? Nous ne le croyons pas. Avant la section nous avions un vagin étroit et court, une vulve étroite, un périnée résistant et dur ; la section pubienne élargira le bassin osseux, mais n'influencera en rien le bassin mou ; nous éprouverons toujours les mêmes difficultés sérieuses dans les interventions, nous aurons à redouter les mêmes graves dangers dans l'extraction.

C'est absolument ce que dit le professeur-agrégé Bonnaire (*in* thèse de Hugé) : « En ce qui regarde la symphyséotomie, l'atrésie et le défaut de souplesse du vagin, du périnée et de la

vulve et des tissus pelviens apportent à l'accouchement les mêmes obstacles après comme avant la section du bassin. On peut agrandir le bassin dur, on n'élargit pas le bassin mou. »

En résumé, pour la femme, aux dangers de la section osseuse et des suites qu'elle comporte il faut ajouter ceux qui proviennent du passage du fœtus à travers les parties molles atrésiées et résistantes ; pour l'enfant, le pronostic est le même que dans les cas précédents, mais nous avons vu qu'il est suffisamment sombre. Irons-nous donc pratiquer une opération qui, tout en n'augmentant pas les chances de vie pour le fœtus, augmente les chances de mort pour sa mère ? Evidemment non. Bien que nous reconnaissions les services rendus par la symphyséotomie, nous préférerons, dans le cas présent, avoir recours à une autre intervention.

Et c'est à l'opération césarienne que nous nous adresserons. Certes, c'est là une dangereuse opération pour la femme, et qui exige une asepsie parfaite, car la moindre faute commise peut amener non seulement de graves complications, mais la mort. Aussi, depuis que les règles de l'antisepsie et de l'asepsie sont mieux connues et mieux appliquées, la mortalité s'est-elle considérablement abaissée ; elle n'est à l'heure actuelle que de 8 0|0, de 6.41 0|0 même, d'après le tableau que donne M. Bar (in *Obst.*, juillet 1899) portant sur 170 opérations ; et de 5.2 0|0 d'après Léopold et Haacken (Ueber 100 sectiones cæsaræ, in *Arch. f. Gynæk.*, t. XVI) ; elle est encore de 11 0|0 dans la symphyséotomie, de 8.10 0|0 dans la statistique Pinard portant sur 49 cas (*in* Traité d'Accouchements, t. III ; Art. Dyst. maternelle). Et tandis que les chances de mort seront égales pour la mère, que l'opération césarienne soit pratiquée sur un bassin généralement rétréci ou sur un bassin simplement rétréci au détroit supérieur, la léthalité sera, au contraire, augmentée dans le premier cas avec la symphyséotomie.

Les dangers immédiats sont plus grands dans l'opération

césarienne que dans l'opération de Sigault ; mais ils sont peu fréquents. On évitera le choc et les hémorragies en évitant toute lenteur dans l'intervention et suturant le plus vite possible ; la péritonite, en pratiquant une antisepsie des plus rigoureuses. Quant aux dangers éloignés, ils sont aussi moins fréquents que dans la symphyséotomie et moins sérieux (éventration, étranglement intestinal sur des brides d'adhérences, trajets fistuleux...)

Mais si la femme court autant de risques dans un cas que dans l'autre, en revanche le pronostic pour l'enfant sera autrement favorable dans l'opération césarienne. Dans ce cas, en effet, la mortalité n'est que de 6 0|0 (Bar, *loc. cit.*) ; de 2.9 0|0 d'après Léopold et Haacken (*loc. cit.*) ; tandis que dans la symphyséotomie elle est encore de 10-20 0|0 et elle serait infiniment supérieure avec cette dernière intervention dans les cas qui nous occupent, où l'enfant doit à peu près infailliblement succomber.

Avec la symphyséotomie, en un mot, nous augmentons les dangers pour la mère, et nous ne diminuons pas les chances de mort du fœtus ; avec l'opération césarienne, au contraire, bien que ce soit une grave intervention pour la gestante, nous donnons à l'enfant les plus grandes chances de vie. C'est donc cette dernière intervention que nous choisirons, si la femme tient absolument à avoir un enfant vivant, après l'avoir toutefois mise très consciencieusement au courant des risques courus par elle.

C'est l'opinion du professeur-agrégé Bar, qui écrit (in *Obstét.* mai 1899), en parlant de l'opération cesarienne : « Ce choix sera d'autant plus indiqué que la femme aura un bassin plus étroit, généralement rétréci, qu'elle sera primipare ; que les risques de déchirures des parties molles dans un accouchement par les voies naturelles sembleront plus grands, enfin, que l'extraction semblera pouvoir être entravée par les parties molles. »

Nous sommes heureux de constater que nos idées concordent pleinement avec celles de cet auteur. Sous le couvert d'un tel maître, il nous est permis d'espérer que la thèse que nous soutenons présente au moins quelque apparence de fondement.

Enfin, si la femme s'oppose à l'intervention sanglante, nous laisserons l'accouchement se faire seul, en intervenant toutefois de la façon la plus utile aux intérêts de l'enfant, mais de la mère surtout ; on hâtera le plus possible le travail, on essayera des tractions répétées avec le forceps, et quand on aura épuisé toutes les autres ressources de la thérapeutique obstétricale sans résultat, il ne restera plus qu'à pratiquer la basiotripsie.

Mais, nous dira-t-on, vous avez tracé là un tableau bien sombre ? Assurément, et nous l'avons fait à dessein, non pas que la dystocie par les parties molles comporte toujours un pronostic aussi fâcheux, mais pour attirer un peu sur elle l'attention des accoucheurs, qui n'en ont peut-être pas assez tenu compte jusqu'à aujourd'hui...

Nous savons, en effet, que même avec un bassin généralement rétréci, même avec une vulve étroite et un périnée résistant, un vagin pas très large, nous pourrons encore avoir un enfant vivant, si celui-ci n'est pas trop volumineux, si les contractions sont énergiques, si les tissus se laissent suffisamment distendre. Peut-être devrons-nous intervenir par une application de forceps pour hâter l'expulsion, mais enfin nous aurons un fœtus en bon état, surtout si la mère est multipare, « car, comme le dit le professeur-agrégé Bonnaire, dans une lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser, il faut bien noter que le pronostic change, en ce qui regarde la dystocie par les parties molles, d'un premier accouchement à un second. Telle femme qui n'accouchera qu'avec une grande difficulté à huit mois et demi d'un enfant mort dans le travail, pourra, à un second accouchement, accoucher spontanément à terme d'un enfant vivant. Le premier aura frayé la voie à ses dépens. »

C'est affaire à l'accoucheur à distinguer quel cas comporte un pronostic sérieux, et quelle intervention convient à tel ou tel degré de dystocie. Pour terminer, nous répèterons l'aphorisme inscrit au début de notre travail : « La médecine est la science des indications. »

CONCLUSIONS.

1° L'accouchement dans les bassins généralement rétrécis est un accouchement presque toujours dystocique.

2° Cette dystocie a une double origine : elle tient au rétrécissement du bassin osseux et au bassin mou.

3° La dystocie liée au bassin mou est imputable à une véritable dysplasie des parties molles.

4° Si, d'une manière générale, l'accouchement prématuré provoqué est le plus souvent la véritable conduite à tenir, dans certains cas, cependant, il peut être contre-indiqué, surtout chez les primipares, et contre-indiqué par cette dysplasie des parties molles.

5° Dans les cas où l'accouchement prématuré artificiel est contre-indiqué, quand la femme est à terme et qu'on veut un enfant vivant, on devra renoncer au forceps, à la version et à la symphyséotomie, à cause des dangers considérables que ces interventions font courir à la mère et surtout à l'enfant, en raison des propriétés des tissus maternels.

6° On aura recours à l'opération césarienne, après avoir toutefois prévenu la femme des dangers auxquels elle est exposée. Que si elle refuse cette intervention, on laissera l'accouchement suivre son cours, en essayant des applications de forceps ; et en dernier lieu on pratiquera la basiotripsie.

Observation Première.

(Recueillie par le docteur Guérin-Valmale, chef de clinique obstétricale et gynécologique.)

Bassin généralement rétréci. Etroitesse du vagin. Résistance du vagin et du périnée. Accouchement prématuré provoqué. Présentation du siège. Enfant né en asphyxie blanche.— Mort.

Mme C., épouse A., 27 ans, couturière, entre à la clinique le 10 décembre 1897, enceinte pour la seconde fois.

Antécédents héréditaires nuls. Elle-même accuse une fièvre typhoïde légère il y a deux ans ; état bronchitique peu grave depuis l'âge de 7 ans. Enfant, elle a tété jusqu'à l'âge de 32 mois ; nourrie au début par une femme enceinte, et plus tard par une chèvre. Commença à marcher à 16 mois, mais elle cessa peu après et ne recommença qu'à l'âge de 6 ans. Dans tout cet intervalle, elle se traînait sur les ischions.

Réglée à 14 ans, et depuis lors très bien, sauf pendant 6 mois à 17 ans. Mariée en janvier 1896, à 25 ans, les rapports conjugaux n'ont jamais été complets par suite d'un vaginisme puissant et très douloureux, et d'une étroitesse marquée du canal vulvo-vaginal.

En février 1897, avortement de deux mois, deux mois et demi environ, rétention placentaire, suites fébriles assez sérieuses.

Grossesse actuelle. Les dernières règles finirent le 5 juin 1897 ; le coït fécondant n'a pu avoir lieu que dans les 12 jours suivants. Premiers mouvements fœtaux perçus à 5 mois. Vomissements matutinaux depuis le début du second mois ; palpitations de cœur et dyspnée depuis le début de novembre ; pyrosis et pollakiurie nocturnes ; constipation opiniâtre.

Femme de petite taille ; 1 m. 27, d'aspect rachitique, au

visage asymétrique au détriment du côté droit. Le squelette porte partout le sceau du rachitisme : double chapelet sterno-chondro-costal, côtes inférieures éversées, colonne vertébrale scoliotique, à convexités dorsale droite et lombaire gauche ; cyphotique dorsale et lordosique lombaire ; tibias très incurvés à convexité antérieure presque angulaire sur la crête ; fémurs convexes en dehors et en avant. Membre inférieur gauche plus long que le droit de 4 centimètres.

Bassin fortement atteint par le rachitisme. La pelvimétrie externe donne les dimensions suivantes :

Bi-épineux ..... 24 cent. 5
Bi-crête..... 24 —
Diamètre de Baudelocque..... 17 —
Obliques pubio-épineux postéro-supérieurs, 17 } égaux des
Obliques sacro-épineux antéro-supérieurs, 17 } deux côtés.

Et la pelvimétrie interne, pratiquée à plusieurs reprises par M. le professeur Grynfeltt, MM. Vallois, Guérin-Valmale, Gibert, indique constamment :

Sacro sous-pubien : 9 cent.
D'où le sacro-pubien minimum : 7 cent. 1/2
Pas de faux promontoire.
Obliques } Rien de spécial.
Transverses }
Détroit inférieur normal.

A l'examen d'entrée, cette femme a les seins petits et mal développés ; l'abdomen pointe fort en avant, l'utérus remontant à six travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Bruits du cœur fœtal presque en avant, légèrement à droite. Présentation du siège complet, mobile au détroit supérieur, en S I G A.

Vulve très étroite, hymen presque intact ; vagin étroit, court et résistant à parois dures et sans élasticité, presque fibreuses. Col long fermé, légèrement fendu à gauche. Segment inférieur vide ; périnée solide et dur.

Pas d'albumine dans les urines.

La gestante déclare spontanément qu'elle vient pour qu'on la fasse accoucher avant terme, afin d'avoir un enfant vivant ; mais qu'elle ne veut, à aucun prix, qu'une intervention soit faite sur elle-même, lorsqu'elle serait arrivée à terme.

M. le professeur Grynfeltt décide alors de la faire accoucher prématurément dans la 2me moitié du 8me mois (puisque son diamètre sacro-publien minimum est de 7 cent. 1/2), c'est-à-dire dans la seconde quinzaine de janvier 1898.

D'ici là, on constate de nombreuses mutations de présentations du fœtus, qui est tantôt en siège, tantôt en sommet.

Dans la première moitié de janvier, la tension abdominale est telle que la palpation devient impraticable. D'autre part, à cause de la compression excessive des viscères, il se produit de violentes crises de dyspnée avec orthopnée, dès que la malade tente de se coucher.

Le 22 janvier, après antisepsie minutieuse, M. le professeur Grynfeltt introduit dans l'utérus une bougie uréthrale n° 12, d'après la méthode de Krause. Contractions sans importance les 22 et 23.

Le 24, changement de la bougie ; douleurs ensuite toutes les 20 minutes ; durant la nuit, repos impossible.

Le 25, à la visite, col incomplètement effacé, mais béant comme 1 franc. La sonde est remplacée par un petit ballon de Champetier de Ribes. Douleurs violentes ; à 10 heures du soir, col dilaté comme 5 francs ; on remplace le ballon par un autre plus grand.

Pendant la nuit, les journées suivantes du 26 et du 27, malgré de nombreuses manœuvres avec les ballons, le résultat

reste nul. Le périnée ligneux et le vagin résistant, empêchent la descente du ballon, malgré des contractions très violentes ; d'autre part, le ballon enlevé, les contractions cessent aussitôt brusquement.

Le 27, à 8 heures du soir, M. le professeur Grynfeltt applique l'écarteur de Tarnier à 3 branches. A 9 heures, la dilatation est complète ; à 11 heures, la poche des eaux se rompt spontanément, la partie fœtale commence à s'engager. Mlle Etcheverry, la sage-femme assistante, pratiquant alors le toucher, reconnaît un siège décomplété, mode des fesses, qui s'engagent peu après fortement en S I G P. L'écarteur est enlevé.

Malgré une anesthésie chloroformique que je poussai à fond, l'extraction fut pénible à cause de l'excessive résistance des parties molles. Le doigt placé en crochet sur l'aine postérieure glisse aussitôt. M. Vallois, sur le conseil de M. le professeur Grynfeltt, tente la manœuvre ano-pelvienne de Guéniot, qui n'a d'autre résultat que de déchirer l'anus ; il parvient enfin à accrocher solidement l'aine et dégager le siège, puis il abaisse les bras relevés, et, par une manœuvre de Champetier, au cours de laquelle on perçoit un double déclanchement, engage la tête, que dégage une rapide manœuvre de Mauriceau, à 2 h. 30 du matin, c'est-à-dire 6 jours après la provocation du travail.

L'enfant, né en état d'asphyxie blanche, fut difficilement ranimé après plus de deux heures d'efforts ; il mourut quelques heures après. L'autopsie ne releva qu'une ecchymose sur la région pariétale droite, sus-jacente à une légère hémorragie sous-épicrânienne, due probablement à la pression du promontoire.

Pas de fractures ni d'enfoncements du crâne ; rien au cerveau ni au bulbe ; atélectasie du poumon gauche.

Délivrance naturelle un quart d'heure après l'accouchement. Déchirure incomplète du périnée suturée aussitôt. Rien à noter pour les suites de couches.

Observation II

Due à la bienveillante obligeance de Mlle Bazin, sage-femme en chef de la Maternité, et rédigée à notre intention par M. le docteur Guérin-Valmale, chef de clinique obstétricale et gynécologique.

La nommée D. L..., âgée de 21 ans, ménagère, célibataire, primipare, née à Tourbes, entre le 15 mai 1899 dans le service de M. le professeur Grynfeltt, à la Maternité de Montpellier, pour y faire ses couches.

Dans ses antécédents héréditaires, notons que sa mère est morte probablement de tuberculose. Personnellement, pas de maladies graves depuis sa plus tendre enfance ; de plus, elle a commencé à marcher d'assez bonne heure.

Réglée depuis l'âge de 14 ans, tous les 28 jours, pendant 3 jours, en quantité et couleur normales ; elle n'a jamais eu d'absences de règles. Les premiers rapports sexuels ont eu lieu à l'âge de 20 ans, rien de notable à cet égard.

Grossesse actuelle. — Dernières règles, le 26 octobre 1898. La gestante ne peut rien dire de probable sur la date du coït fécondant, ainsi que sur celle de la perception des premiers mouvements fœtaux.

La grossesse évolua normalement jusqu'à ce jour et ne fut troublée par aucun accident, si ce n'est par de fréquents saignements de nez.

L'examen d'entrée (15 mai) donne : femme de petite taille, mais dont le squelette ne paraît pas présenter de déformations marquées ; il est petit de partout. Le bassin a évidemment participé à cette réduction générale et présente les caractères du bassin aplati dans le sens antéro-postérieur, avec ceux plus légèrement, il est vrai, du bassin justo-minor.

Ses mensurations externes donnent :

Diamètre bi-crête	26 cm.
— bi-épineux	22 cm.
— conjugué externe.	17 cm.

Il semble donc que ce bassin a subi une diminution de 2 cm. dans tous les sens, et la pelvimétrie interne confirme absolument ce résultat, puisque le diamètre promonto-sous-pubien est de 10 1/2 cm., ce qui donne environ 9 cm de diamètre utile promonto-pubien minimum.

Le facies de la gestante est un peu pâle ; ses seins de très petit volume, piriformes, sans vergetures, à auréoles très petites et peu marquées, sans veinosités, quoique les tubercules de Montgomery soient assez nombreux, à bouts normaux. L'abdomen, de forme ovoïde et peu développé, pointe en avant, dénué de vergetures et de veinosités, et presque sans ligne brune. La vulve n'offre rien de spécial à la vue, si ce ne sont ses petites dimensions ; pas de varices, pas d'écoulements, pas d'œdème. Aux membres inférieurs, rien de spécial ; pas de varices, pas d'œdème.

L'utérus, qui remonte à 22 cm au-dessus de la symphyse, est de forme ovoïde, incliné à droite, assez tendu et sans contractions. Le fœtus se mobilise, ses mouvements peuvent être facilement perçus du côté droit ; en outre, la tête est en bas, le dos à gauche ; les petites parties fœtales sont à droite et en arrière. L'auscultation indique, d'ailleurs, des bruits du cœur très nets à gauche, et le souffle maternel à droite.

Au toucher, la vulve est très étroite et gêne considérablement les explorations, le vagin, très étroit, semble petit de partout ; il est étroit, fibreux, inextensible et, chose curieuse, le cul-de-sac postérieur est excessivement bas. Le vagin est ainsi très court et résistant de tous côtés. La même observation peut s'adresser au périnée. Le col est long de 3 cm.

L'orifice externe entr'ouvert. Le segment inférieur est un peu épais.

Le promontoire est accessible à 10 cm 1/2, et le doigt peut, en faisant le tour, suivre toute la ligne innominée.

On conclut donc : présentation du sommet en O I G A. Enfant vivant chez une femme à bassin généralement rétréci, avec atrésie des parties molles. Pas d'albumine dans les urines.

Étant données l'atrésie des parties molles et les dimensions restreintes du bassin, M. le professeur Grynfeltt décide de faire accoucher la gestante prématurément, vers huit mois de grossesse environ.

A cet effet, le 21 juin, à 9 heures du matin, une bougie est introduite entre l'utérus et les membranes, d'après la méthode de Krause. Un tampon de gaze iodoformée est ensuite placé en avant pour la maintenir dans le col. Durant tout le jour, pas de contractions utérines. Elles ne commencent à paraître que dans la soirée et très légères. Température 37°.

Le lendemain, 22 juin, la nuit a été calme ; au matin, température 36°8, les contractions continuent espacées et fort peu intenses. Elles cessent dans l'après-midi. A 5 heures du soir on enlève la bougie. Le col est à peu près effacé, mais non dilaté. On replace une nouvelle sonde. Température normale.

Le 23 juin, troisième jour, la nuit fut peu troublée et les contractions utérines ont complètement cessé dès 1 heure du matin. Le col est légèrement dilaté et permet, à 2 heures de l'après-midi, l'introduction d'un petit ballon de Champetier de Ribes. Les douleurs se réveillent un peu ; à 9 heures du soir, le ballon fait hernie dans le col ; la dilatation est d'environ 5 francs ; les contractions utérines qui avaient pris quelque intensité, s'arrêtent alors. A 11 heures du soir, l'état reste toujours stationnaire. Il n'y a plus de douleurs. La température est normale.

Le 24 juin, quatrième jour, il n'y a pas eu de contractions durant la nuit, et cependant le ballon est toujours dans le col. A 10 heures du matin, il tombe dans le vagin ; on l'enlève. Les contractions cessent subitement. Au bout d'une heure, on met un dilatateur métallique à trois branches de Tarnier. Les douleurs se réveillent intenses, le col se dilate rapidement. A la dilatation complète, on enlève le dilatateur et on attend pour laisser engager la tête, qui est toujours mobile au détroit supérieur. A 2 heures de l'après-midi, les contractions cessent, pas d'engagement. A 9 heures du soir, le col tend à se refermer, on remet le dilatateur, les douleurs reprennent. On enlève le dilatateur à 10 heures. les contractions continuent jusqu'à deux heures du matin, la tête semble s'immobiliser au détroit supérieur.

Le 25 juin (cinquième jour), à 9 heures du matin, rupture spontanée des membranes ; le col reste dilatable, mais il n'y a presque plus de contractions, la tête est à peu près fixée au détroit supérieur.

A 4 heures du soir, la femme a mal à la tête, elle est harassée, le pouls est fréquent, 110, la température atteint 38°9. Le vagin est chaud, moins humide. M. le professeur Grynfeltt, appelé, vient à 9 heures du soir ; la dilatation étant complète, la tête bien fixée en O I G A, il fait une application de forceps, sous chloroforme, en prise oblique quant au bassin et régulière quant à la tête. L'enfant est extrait aussitôt, à 10 heures, vivant, mais en état de mort apparente. Il fut ranimé avec peine, ne poussa que des cris faibles et malgré une respiration régulière, succomba le surlendemain, 27 juin, à 5 heures du matin.

Il pesait 2.400 grammes et mesurait 49 cm. de longueur totale et 24 du sommet à l'ombilic. Ses principaux diamètres étaient :

O F :	11	cm.	
O M :	12	»	(circonférence : 34)
Sous O F :	9	»	
Sous O B :	8	»	(id. : 30)
Sous M B :	8	»	
Bi P :	8	»	
Bi T :	7	»	1/2
Sur O M : Maxim :	12	»	1/2
Bi-Acrom. :	9	»	
Bi-Troch. :	7	»	

La délivrance se fit à 10 heures 1/2, naturelle et sans perte sanguine exagérée ; le délivre pesait 420 grammes, mais n'offrait rien de remarquable. Les suites de couches furent absolument normales.

Observation III

(Tirée de la thèse de Réveil (Lyon, 1882)

Bassin généralement rétréci. — Primipare. — Accouchement prématuré provoqué. — Rigidité anormale du vagin, travail très lent. — Forceps. — Mort de la mère par septicémie.

Antoinette S..., 16 ans, blanchisseuse, primipare. Taille 1 m. 45. Bonne santé habituelle.

Réglée à 14 ans 1/2, toujours régulièrement depuis, mais peu abondamment. Les dernières règles ont paru le 28 novembre 1881.

Le squelette n'offre rien de particulier à l'extérieur. La mensuration donne pour les divers diamètres :

Entre les 2 épines, il. ant. sup. .	19	cm.	
» 2 crêtes iliaques	22	»	5
» Conjugué externe . . .	18	»	

Le toucher, pratiqué avec deux doigts, permet d'atteindre l'angle sacro-vertébral ; le diamètre utile doit avoir 9 cm. environ.

31 juillet. — Le col est mou, long de 1 cm. environ, admettant la première phalange. Présentation en O I D P.

18 août. — La tête reste très élevée ; le col est mou, assez souple.

22 août. — A 11 h. 1/2 du matin, application de l'appareil de M. Chassagny pour la dilatation artificielle du col. L'appareil reste en place 25 minutes sans occasionner de douleurs. Quand on l'enlève, le col est dilaté de 2 cm. environ, cédant un peu, lorsqu'après avoir introduit deux doigts, on fait effort pour les écarter. A 1 heure, réapplication de la vessie, qui reste en place jusqu'à 2 heures.

La malade passe toute la soirée et la nuit sans avoir de douleurs.

23 août. — Le col n'est pas plus dilaté qu'hier ; on sent la tête qui est revenue à l'orifice et une suture oblique de gauche à droite et d'avant en arrière.

24 août. — A midi et demie. Anesthésie. Rupture artificielle de la poche des eaux ; application du forceps Pajot, qu'on ne réussit à placer convenablement qu'à la troisième tentative. Traction mécanique continue ; les deux lacs sont fixés sur chacune des branches du forceps, au centre de figure. Après trois ou quatre tractions, de 2 à 5 minutes chacune, la tête s'engage dans l'excavation en position transversale, l'occiput à droite.

Procidence du cordon dès le début des manœuvres. On retire le forceps pour faire une application oblique ; rotation forcée de la tête. Accouchement terminé à 1 h. 45.

L'enfant ne respire pas, mais les bruits du cœur sont perçus. Après 10 minutes d'insufflation bouche à bouche, il commence à respirer seul. Délivrance après 1/4 d'heure.

Placenta enchatonné. Pendant que l'anesthésie le permet, le diamètre sacro-sous-pubien mesuré donne 11 cent.

Diamètres de l'enfant :

O F.	11 cm. 5
O M	13 » 5
S o O Br	9 »
B i P	9 »

Le deuxième jour, la température de la femme s'élève à 39°. Météorisme abdominal. Un peu de subdélirium le soir.

Au troisième jour, vomissements ; météorisme plus prononcé. Application de collodion riciné. Mort au matin.

Les diamètres du bassin osseux sont :

Entre les épines iliaques ant. sup.	20 cm.	
» crêtes iliaques »	23 »	
» épines il. post.	11 »	7
Diamètre promonto-sous-pubien	11 »	8
» oblique d.	10 »	8
» » g.	10 »	7
» transverse	11 »	1
» coccy-pubien	8 »	6
» bi-ischiatique	9 »	7
» bi-sciatique	8 »	8

« L'accouchement a été entravé par un rétrécissement de 1 cm. 1 siégeant au diamètre droit, uni à une réduction de 2 cm. 4 du diamètre transverse. Il faut également citer, comme cause de dystocie, une rigidité anormale des parois du vagin et le rapprochement des épines sciatiques ».

Observation IV

(Extraite du *Montpellier-Médical*, février 1889)

Bassin généralement rétréci. — Secondipare. — Accouchement prématuré provoqué.— Irrégularité des contractions. — Lenteur de la dilatation. — Expulsion spontanée. — Enfant à l'état de mort apparente, non ranimé.

F... Françoise, 23 ans, originaire de la Dordogne, entre à la clinique le 25 avril. Cette femme se fait remarquer à première vue par sa très petite taille. Elle mesure 1 m. 36.

Elle a accouché une fois, un an auparavant. L'accouchement qui, peut-être, a eu lieu avant terme, la femme n'en sait trop rien, s'est effectué normalement. Seulement l'enfant, qui était un garçon, est mort le quatrième jour, d'une maladie inconnue.

Point d'antécédents morbides chez cette femme. Elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans ; la menstruation a toujours été régulière et facile. Elle exerce la profession de couturière. La petite taille de cette femme suggéra à M. le professeur Dumas l'idée que son bassin pourrait bien participer à l'exiguïté générale des dimensions du corps et, dès le lendemain, la pelvimétrie très complète prouva qu'il ne s'était pas trompé. Il y avait un rétrécissement général du bassin. Nous avions affaire à la variété de bassin décrite par les auteurs, sous le nom de bassin uniformément rétréci.

Voici les diamètres du bassin :

Diamètre bis-iliaque antérieur . . .	23	cent.	5
— bis-iliaque médian	24	»	5
— conjugué de Baudelocque. .	18	»	5
— promonto-sous-pubien. . .	10	»	
— bi-ischiatique.	10	»	

Diamètre coccy-pubien	9	»
— bi-trochantérien.	28	»
Hauteur du bassin	17	»

Quand cette femme entra à la Clinique, le fond de l'utérus s'élevait à 7 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette hauteur de l'utérus n'était pas due seulement au développement de cet organe, mais aussi à ce fait que la tête fœtale était située au-dessus du détroit supérieur.

La tête effectivement était mobile encore, transversalement placée au-dessus du détroit supérieur : le dos était à gauche et les battements cardiaques s'entendaient très nettement de ce côté, mais le foyer parut assez élevé, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic.

Les commémoratifs permirent de poser le diagnostic d'une grossesse arrivée au début du neuvième mois. La dernière apparition des règles avait eu lieu le 15 août 1881 ; les mouvements actifs du fœtus s'étaient fait sentir dans le courant du mois de décembre. La grossesse n'avait d'ailleurs rien présenté de particulier. Un peu de dyspnée depuis quelque temps s'expliquait d'ailleurs par la hauteur de l'utérus.

En présence d'un rétrécissement portant sur tous les diamètres, on ne comptait pas sur un accouchement naturel. Cette femme avait bien accouché un an auparavant, il est vrai, mais elle était alors primipare, et les auteurs s'accordent généralement à dire que les enfants des primipares sont bien moins développés, que leur crâne présente des dimensions moindres et qu'il est plus susceptible de réduction surtout que celui des enfants de multipares.

Il était donc permis de douter de l'issue naturelle de la présente grossesse, d'autant plus que la mort mystérieuse du premier enfant, au bout de quatre jours, laissait à penser que l'accouchement ne s'était pas fait sans quelque difficulté.

M. Dumas opta donc pour l'accouchement prématuré artificiel.

En conséquence, le 1er mai, à 4 heures du soir, la femme étant arrivée à la première semaine du neuvième mois de la grossesse, on provoqua l'accouchement. Une sonde en gomme fut introduite dans le col et poussée assez profondément entre les membranes et la surface interne de l'utérus selon le procédé de Krause.

A 7 heures, les premières douleurs apparurent.

A 8 heures du soir, le col était déjà dilaté comme une pièce de un franc. Les bords de l'orifice étaient néanmoins encore très épais. Les glaires, à ce moment, commençaient à apparaître.

La sonde s'échappe du vagin à 9 heures du soir, mais les douleurs continuent cependant.

La sonde est remise en place à 10 heures.

De 2 heures à 4 heures du matin, les douleurs sont plus intenses ; à partir de ce moment, elles sont moins fréquentes, la dilatation ne marche pas.

Vers 8 heures du matin, les douleurs reprennent plus fréquentes. A ce moment le col est complètement effacé.

A 11 heures du matin, la dilatation est comme une pièce de 5 francs.

Le travail se ralentit de 3 heures à 11 heures du soir.

A 8 heures du soir, on applique un gros dilatateur de Barnes, qui ne produit pas grand effet et ne tarde pas à être expulsé. Pendant tout ce temps, la tête fœtale est restée inaccessible au toucher ; le fond de l'utérus est toujours au même niveau ; l'état général est bon.

La nuit du 3 au 4 mai est marquée par un arrêt complet du travail de trois heures environ, pendant lesquelles la femme se livre au sommeil.

Le travail reprend vers le matin. Le col ne se dilate guère, mais il est très mou, dilatable.

La tête fœtale s'est un peu engagée. Les membranes se rompent spontanément à midi et demi, avant que la dilatation ne soit complète ; une quantité notable de liquide est expulsée.

A partir de ce moment, les contractions deviennent plus énergiques et plus fréquentes, et, contre toute attente, l'accouchement se termine par une expulsion très rapide du fœtus, à deux heures du soir, le 4 mai, après 68 heures de travail environ.

L'enfant, du sexe féminin, était en état de mort apparente ; il succomba bientôt malgré tous les moyens mis en usage. Son poids total était de 2.440 grammes, sa longueur de 47 centimètres. Les diamètres de la tête étaient :

OF	11	cent.	25
OM	11	»	2
SOB	8	»	5
BiP	8	»	3
BiT	7	»	5

A l'autopsie, on trouva : 1° un enfoncement manifeste portant sur l'angle inférieur et sur l'angle postéro-inférieur du pariétal droit. La bosse séro-sanguine occupait toute la région postéro-supérieure de ce dernier os ; 2° à gauche, il y avait des ecchymoses au niveau des sutures fronto-pariétale et pariéto-occipitale.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 28 novembre 1899
Le Recteur :
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 28 novembre 1899.
Le Doyen,
L. VIALLETON

BIBLIOGRAPHIE

P. Bar.— Art. : Opération césarienne et symphyséotomie, in *Obstétrique,* Mai et Juillet 1899. — Comptes rendus de la Société obstétricale de France, Avril 1895. — *Bulletin de la Soc. obst. de Paris,* Juillet 1899.

E. Bonnaire. — Du périnée obstétrical. 1894. — Traité de l'art des accouchements de Tarnier et Budin. Art. : Bassins viciés, t. III.

M. Hugé. — De la dystocie liée aux parties molles dans les bassins généralement rétrécis. Th. Paris 1899.

Réveil. — Etude sur le bassin généralement rétréci. Th. Lyon 1882.

Richelet. — Du bassin généralement rétréci au point de vue obstétrical. Th. Paris 1896.

Sallé.— Déchirures du vagin pendant l'accouchement. Th. Paris 1893.

Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements, vol. I.

Archives de Tocologie, 1893 et 1894.

Léopold et Haacken. — *Archiven f. gynœkologie,* t. LVI.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !